**Equipe Mobile d’Appui Médico-Social à la Scolarisation (EMAS)**

**Du Lensois**

**FICHE DE SAISINE**

A transmettre par mail à : [emaslensois@vieactive.asso.fr](mailto:emaslensois@vieactive.asso.fr)

|  |
| --- |
| Coordonnées de l’Etablissement scolaire  Nom de l’établissement :  Adresse :  Nom et prénom du directeur / chef d’établissement :  Mail :  Tel : |
| Coordonnées du rédacteur de la demande  Nom et prénom :  Profession :  Tel :  Mail : |

** La demande concerne une intervention de sensibilisation** *(actions de sensibilisation sur le handicap, formation à des outils d’adaptation et d’accompagnement, etc.)*

|  |
| --- |
| Motifs de la sollicitation |
| Attendus en termes d’actions d’intervention |

** La demande concerne une demande d’appui en lien avec la situation d’un élève spécifiquement**

|  |
| --- |
| **L’ELEVE** |
| Identité de l’élève  Nom et prénom :  Classe :  Âge : |
| Situation de l’élève  Notification MDPH : oui / non / en cours  Si oui ou en cours,   * N° de dossier MPDH : * Orientation MDPH : |
| Aménagements existants  AESH depuis le :  ULIS depuis le :  Matériel pédagogique adapté depuis le :  RASED depuis le :  Sollicitation d’un réseau de l’éducation nationale (TSA, EHP, AAEDC) le : |
| Partenaires identifiés dans la situation :  ° RASED  ° Enseignant spécialisé  ° AESH  ° SESSAD  ° CAMSP  ° CMP  ° Professionnels en libéral  ° Autres : |
|  |
| **EXPOSE DE LA SITUATION** |
| Motifs de la sollicitation |
| Points d’appui (Réussites disciplinaires, activités appréciées, relations privilégiées...) : |
| Freins à la scolarité et nature des difficultés rencontrées |
| Aménagement et interventions éventuellement déjà proposés |
| Attendus en termes d’action d’intervention |

|  |
| --- |
| **ENTOURAGE DE L’ELEVE** |
| Coordonnées du/des représentants légaux  Nom et prénom :  Mail :  Tel :  *Information faite aux représentants légaux en date du :* |
| Mesure sociale : **** oui **** Non  Si oui, coordonnées du référent MDS :  Nom et prénom :  Mail :  Tel : |
| Coordonnées de l’enseignant référent (si existant)  Nom et prénom :  Mail :  Tel : |

**Date de saisine :**

**Signature du rédacteur :**  **Signature et cachet du directeur / chef d’établissement :**

**Signature de l’Inspecteur de circonscription pour le 1er degré :**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Décision de l’EMAS suite à la réunion du :**

**• La demande ne relève pas des missions de l’EMAS**

Pistes d’orientation proposées :

**• La demande relève des missions de l’EMAS** (un mail de confirmation vous sera envoyé dans lequel figureront les délais d’intervention dans votre établissement)